



EVIDENCE-BASED NURSING E PRATICA CLINICA

Schede informative per il miglioramento dell'assistenza infermieristica-riabilitativa-ostetrica

L'incontinenza urinaria

D'Ercole F, Bondioli A. *L'incontinenza urinaria: la Cenerentola dei problemi di salute*, da Centro Studi EBN Attività 2000 - 2001; 1: 18-41.
 Totale pagine 23.

L'incontinenza urinaria (I.U.) è definita come "la perdita involontaria di urina attraverso il meccanismo sfinterico, dimostrabile oggettivamente, in luoghi e/o tempi inappropriati, tali da costituire un problema igienico e sociale" (International Continence Society). Rappresenta un sintomo, un segno ed una patologia.

Obiettivo: esplorare la letteratura, per conoscere quale incidenza hanno le problematiche connesse all'incontinenza urinaria.

Materiali e Metodi: la ricerca è stata effettuata attraverso le pagine del GIMBE. I database consultati sono stati: Medline, Cochranre library, Dare/HTA, NGC, CMA INFOBASE, SIGN, HSTAT, NEW ZELAND GUIDELINE GROUP, ed altri. Sono stati reperiti 154 documenti: tra essi ne sono stati selezionati 44 in base alla pertinenza, alla popolazione, alla data, ed al tipo di studio.

Risultati: dall'analisi della letteratura emerge che il problema è ampiamente sottostimato e sottotrattato. L'incontinenza infatti riguarda una fascia consistente di popolazione e implica importanti costi da un punto di vista economico e sociale, oltre a determinare la compromissione della qualità della vita della persona che ne è affetta. Secondo la letteratura il ruolo infermieristico rispetto al problema della incontinenza urinaria è di primaria importanza e si realizza, all'interno di equipe multidisciplinari, nell'ambito dell'accertamento, alla diagnosi ed al trattamento.

| TIPO DI INCONTINENZA URINARIA | SEGNI E SINTOMI | INTERVENTI |
|--|--|--|
| DA URGENZA Involontaria perdita di urina associata a una forte sensazione di urgenza ad urinare, che si verifica quando la pressione detrusoriale supera quella uretrale. | Nella instabilità del detrusore, perdita di urina con un brusco e forte desiderio di urinare (urgenza motoria); solitamente perdita di urina sulla strada per il bagno, oppure involontaria perdita di urina senza sintomi (incontinenza inconsapevole), oppure sintomi di urgenza senza concomitante U.I. Nella iperattività del detrusore con deficit contrattile, elevato volume del residuo post-minzionale. | - Addestramento vescicale (anche nella urgenza senza sintomi), programmazione della minzione, addestramento secondo le abitudini, induzione della minzione. - Esercizi per i muscoli pelvici. - Biofeedback. - Stimolazione elettrica. - Altro (es. gestione dei liquidi). |
| DA SFORZO (O DA STRESS) Deficit dello sfintere uretrale, associato ad aumentata pressione endoaddominale, in assenza di attività detrusoriale. | Piccola quantità di urina persa tossendo, starnutendo, ridendo o durante altre attività fisiche che determinano una aumentata pressione endoaddominale. Perdita continua (goccia a goccia) a riposo o con minimo sforzo (cambi posturali). | - Addestramento vescicale, induzione della minzione. - Esercizi per i muscoli pelvici. - Biofeedback. - Coni vaginali. - Stimolazione elettrica. |
| MISTA Associazione di incontinenza urinaria da urgenza e da sforzo. | Associazione dei sintomi di incontinenza urinaria da urgenza e sforzo. Spesso il paziente riferisce un sintomo particolare (da urgenza o sforzo), in quanto più fastidioso. | - Addestramento vescicale. - Biofeedback. - Stimolazione elettrica. |
| Da sovrariempimento Involontaria perdita di urina associata ad iperdistensione della vescica. | Frequente o costante dribbling (rigurgito), svuotamento vescicale incompleto, minzione con sforzo (compressione esterna/Valsalva), pollacchiuria; sintomi di incontinenza da urgenza o da stress. Vi è il rischio cronico di reflusso vescico-ureterale e idronefrosi. | - Rieducazione vescicale. - Cateterismo intermittente. - Cateteri a permanenza. |
| FUNZIONALE Perdita di urina associata all'impossibilità, o all'assenza della motivazione di raggiungere in tempo i servizi igienici, a causa di fattori legati ad un cronico deficit fisico e/o cognitivo, a motivi psicologici, o a fattori ambientali. | Incapacità di recarsi in bagno con accidentale perdita di urina a causa di limitazioni funzionali. Incontinenza da urgenza. | - Interventi comportamentali (dipendenti dall'operatore): programmazione della minzione, addestramento secondo le abitudini, induzione della minzione. - Cambiamenti ambientali. - Indumenti intimi e assorbenti specifici per l'incontinenza. - Dispositivi esterni. - Cateteri a permanenza (solo per pazienti selezionati). |

Grado delle evidenze

Le lettere tra parentesi indicano il grado delle evidenze scientifiche che supportano ogni raccomandazione, in accordo con la seguente classificazione codificata dall'AHCP (USA, 1994):

A- C'è una buona evidenza fondata su basi sperimentali e ricerche per supportare .

questo tipo di suggerimento

B- C'è una ragionevole evidenza sperimentale che supporta questa raccomandazione.

C- La raccomandazione è basata sull'opinione degli esperti e sul consenso di un gruppo di consulenti. Include il parere del team.

Raccomandazioni

Accertamento e diagnostica

Valutazione di base

- Anamnesi e diario minzionale (B).
- Esame obiettivo (B).
- Determinazione del residuo post-minzionale (B).
- Esame delle urine (B).
- Visualizzazione diretta (C).

Fattori di rischio/prevenzione

- Identificare i fattori di rischio associati all'incontinenza urinaria e cercare di modificarli (B).
- Insegnare gli esercizi per rafforzare i muscoli del pavimento pelvico (C).

Ulteriore valutazione

- Per i pazienti nei quali la gestione sperimentata dopo la valutazione di base non abbia avuto risultati positivi, o per i quali non è appropriato un trattamento basato su diagnosi presuntiva (C).

Test urodinamici

- La cistometria semplice è indicata per indagare la compliance e la contrattilità del detrusore, per misurare il residuo post-minzionale e determinare la capacità vescicale (A).
- I test urodinamici più complessi sono appropriati in situazioni diagnostiche o terapeutiche complesse (B).
- È raccomandata la valutazione dello sfintere uretrale (es. studi pressione-flusso, misura della pressione di perdita) quando appropriato (C).
- Durante l'esecuzione degli studi urodinamici tentare di riprodurre i sintomi riferiti dai pazienti (C).

Interventi comportamentali

Programmazione della minzione

- Effettuare la programmazione della minzione, su un apposito diario, per i pazienti che non possono essere indipendenti nell'eliminazione (C).
- Addestramento secondo le abitudini per i pazienti per i quali può essere determinato un naturale schema di minzione (B).

Induzione della minzione

- Induzione della minzione nei pazienti che possono imparare a riconoscere vari gradi di riempimento vescicale, o la necessità di urinare, o che possono chiedere assistenza, o possono rispondere quando sollecitati ad urinare. L'induzione alla minzione può essere applicata anche ai pazienti che non hanno sufficienti funzioni cognitive per partecipare ad altre, più complesse, terapie comportamentali (A).

Addestramento vescicale

- L'addestramento vescicale è fortemente raccomandato per la gestione dell'incontinenza da urgenza e mista. È anche raccomandato per la gestione dell'incontinenza urinaria da stress (A).

Riabilitazione dei muscoli pelvici

- Gli esercizi per la muscolatura pelvica sono fortemente raccomandati nelle donne con incontinenza urinaria da stress (A).
- Gli esercizi per la muscolatura pelvica sono raccomandati negli uomini e nelle donne in associazione con l'addestramento vescicale per l'incontinenza da urgenza (B).
- Gli esercizi per la muscolatura pelvica potrebbero anche recare beneficio agli uomini che sviluppano l'incontinenza urinaria in seguito alla prostatectomia (C).
- La riabilitazione dei muscoli pelvici e l'inibizione della contrattilità vescicale mediante il biofeedback è indicata per i pazienti con incontinenza urinaria da stress, da urgenza e mista (A).
- L'addestramento con coni vaginali è indicato per il trattamento dell'incontinenza urinaria da stress nelle donne in premenopausa (B).
- La stimolazione elettrica del pavimento pelvico si è dimostrata in grado di ridurre l'incontinenza nelle donne con incontinenza urinaria da stress (B) e ed è utile anche per l'incontinenza da urgenza e mista (B).

Altre misure e presidi di supporto

Cateterismo intermittente

- Il cateterismo intermittente è utilizzabile come misura di supporto, per i pazienti con lesioni della colonna vertebrale, incontinenza urinaria persistente, o con ritenzione urinaria cronica secondaria a vescica ipocontrattile, o da ostruzione (B).
- Nell'esecuzione di tale pratica è raccomandato l'uso di una tecnica pulita in individui giovani, e/o di sesso maschile, e/o con deficit neurologici (B).
- Nell'esecuzione di tale pratica è raccomandato l'uso di una tecnica sterile nei pazienti anziani, e/o nei pazienti con sistema immunitario compromesso (C).

Cateteri a dimora

- È raccomandato l'uso di cateteri a dimora come misura di supporto per i pazienti nei quali l'incontinenza è causata da un'ostruzione, o per i quali altri interventi non siano fattibili (B).
- L'uso di cateteri a dimora è indicato per i pazienti incontinenti in fase terminale o con ulcere da decubito, come trattamento a breve termine (B).
- È indicato, inoltre, negli individui con severi deficit cognitivi, o nei quali interventi alternativi non sono possibili, quando il paziente vive solo e/o non sia disponibile un operatore per provvedere mediante altre misure di supporto (C).

Cateteri sovrapubici

- L'uso dei cateteri sovrapubici è raccomandato per l'uso a breve termine, in seguito a chirurgia ginecologica, urologica, o come alternativa all'uso di cateteri a lungo termine (B).

Dispositivi esterni

- L'uso di dispositivi esterni è raccomandato per uomini e donne incontinenti che hanno un adeguato svuotamento vescicale, cute integra a livello genitale e nei quali altre terapie sono fallite o non sono appropriate (C).

Gestione a lungo termine dell'incontinenza urinaria cronica non trattabile

Gestione dei liquidi e della dieta

- È raccomandata una dieta con adeguato apporto di fibre e liquidi, al fine di prevenire la formazione di fecalomi. La loro rimozione è indispensabile per eliminare la pressione sulla vescica e sull'uretra quale fondamentale primo passo nel trattamento dell'incontinenza urinaria cronica (C).

Educazione pubblica e professionale

- È raccomandata una educazione al paziente esauriente e multidisciplinare, riguardante l'incontinenza e tutte le alternative di gestione (C).
- È raccomandata la formazione permanente sulla l'incontinenza urinaria per gli operatori sanitari (C).

Professionisti interessati : Infermieri, fisioterapisti, ostetrici.

Obiettivi didattici : Conoscere che cosa è l'incontinenza urinaria, come si classifica, come si valuta e come si tratta.

Durata offerta formativa : dal 21/10/2002 al 30/11/2002

Numero di partecipianti ammessi: 75

Sessioni di verifica :

- 1° 11/11/2002 ore 14.30 Aula EBN

- 2° 2/12/2002 ore 14.30 Aula EBN

- 3° (ultima sessione) 16/12/2002 ore 14.30 Aula EBN

Crediti:

Costi: non previsti

Informazioni :

Daniela Mosci presso Centro studi EBN

(Pad. 23 - Oculistica 1° piano)

- Tel. (051 636) 3049

- Fax. (051 636) 3049

- E-mail: ebn@orsola-malpighi.med.unibo.it

